FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Charles GABORIT

Né le 4 juillet 1887 à l'Ile-d'Yeu (Vendée)
Interne des Hôpitaux de Nantes
Ex-interne des Quartiers d'Hospice de la Loire-Inférieure

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Psychologie normale et pathologique

DE LA VENDÉE

Président : M. DUPRÉ, *professeur*

A. MALOINE & FILS, ÉDITEURS
27, RUE DE L'ÉCOLE - DE - MÉDECINE, 27
PARIS 1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	Auguste BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	N. WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MES SŒURS

MEIS ET AMICIS

A NOS MAITRES

MM. LES PROFESSEURS DE L'ECOLE DE MÉDECINE
DE NANTES

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HÔPITAUX
DE NANTES

A Monsieur le Docteur E. COULONJOU

Ancien chef de Clinique psychiâtrique à la Faculté de Toulouse
Diplômé du Droit Pénal et des Sciences Pénitentiaires
Médecin en chef du Quartier d'Aliénés des Hospices de Nantes
Chargé d'un Cours de Clinique psychiâtrique à l'École de Médecine de Nantes
Membre correspondant de la Société de Psychiâtrie de Paris

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur E. DUPRÉ

Professeur de Clinique des Maladies Mentales
et de l'encéphale à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

CONSIDÉRATIONS

SUR LA

Psychologie normale et pathologique

DE LA VENDÉE

INTRODUCTION

Au cours de notre internat dans les Hôpitaux de Nantes, nous avons été, pendant près d'une année, attaché au service du quartier d'aliénés de l'Hospice général Saint-Jacques, dont le médecin-chef était alors le Dr Biaute ; c'est lui qui fut notre premier maître dans l'étude des maladies mentales. Au début de ce travail nous considérons comme un devoir d'adresser ici un souvenir ému à sa mémoire ; nous avons trouvé auprès de lui la plus grande bienveillance et jamais nous n'avons oublié ses paternels conseils.

Pendant notre séjour à la clinique des maladies mentales, un fait avait attiré notre attention, c'est la prédominance des psychoses dépressives chez les malades venant de la Vendée ; ce fait nous avait d'autant plus frappé que nous étions nous-même originaire de ce département.

Cette observation clinique avait déjà été faite par le Dr Coulonjou, chargé du cours des maladies mentales à l'Ecole de médecine de Nantes, qui pendant cinq années a été Médecin-chef de l'asile public d'aliénés de la Vendée. Aussi quand il nous proposa, comme sujet de thèse inaugurale, d'établir un parallèle entre les manifestations morbides et normales de l' « humeur » vendéenne, nous acceptâmes avec empressement ; qu'il nous permette de le remercier ici bien vivement pour les conseils éclairés et bienveillants qu'il nous a donnés au cours de cette étude ; il fut notre guide et c'est de lui que nous vient le meilleur de ce travail.

M. le professeur E. Dupré nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse; nous le prions d'agréer l'expression de toute notre reconnaissance et l'hommage de notre profond respect.

CHAPITRE PREMIER

Exposé du sujet
« Les Constitutions morbides »

M. le docteur Arnaud, président du XXIII[e] Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France, tenu au Puy en août 1913, traitait comme sujet de son discours d'ouverture, de « l'anarchie en Psychiâtrie ». Rappelant cette réflexion d'Achille Foville en 1872, à propos de la « folie instinctive », qu' « il n'y a pas, à coup sûr, en pathologie mentale, de question dans l'étude de laquelle on ait à lutter davantage contre la confusion des mots et souvent aussi contre celle des idées » le président du Congrès disait : « Le mal est-il moindre aujourd'hui qu'il n'était il y a quarante ans ? on a beaucoup travaillé, beaucoup discuté, depuis cette époque déjà lointaine. Nous avons eu, notamment les longs et retentissants débats sur le *délire chronique* et la *folie des dégénérés*. Des mots nouveaux se sont ajoutés ou substitués aux mots anciens, les problèmes se sont multipliés, mais il ne semble pas que la confusion ait disparu. »

« Ces débats s'apaisaient à peine que nous arrivaient d'Allemagne et d'Italie, à une allure impétueuse et conquérante, d'autres mots et d'autres idées, constituant un corps de doctrines qui a comme promoteurs et représentants principaux Krœpelin et son école, et dont l'extension a été extrêmement rapide... »

Il examinait ces doctrines et se demandait si elles avaient réussi à s'affranchir de la confusion des mots et de celle des idées, sur la *paranoïa*, la *démence précoce*, la *folie maniaque-dépressive*. Il restait très perplexe sur la valeur des vastes synthèses qu'on avait voulu édifier :

« Les trois grands groupes chevauchent les uns sur les autres et se pénètrent sur tant de points, qu'on ne distingue plus leurs limites respectives... Entre le dernier et les deux premiers, c'est la confusion complète, en raison des combinaisons, associations, formes de passage... ; les cas purs seraient l'exception... La difficulté est telle que, pour la supprimer, certains auteurs suppriment purement et simplement, soit comme Specht, la paranoïa au bénéfice de la maniaque-dépressive, soit comme Urstein, la maniaque dépressive au profit de la catatonie ou démence précoce... Devine si tu peux, et choisis si tu l'oses !... D'autre part, la démence précoce et la maniaque-dépressive ont subi une telle hypertrophie, qu'il n'est pas une affection mentale qui ne puisse venir se fondre dans l'une comme dans l'autre... Que l'on s'étonne maintenant que Urstein, cité par

Trenel, déclare irrévérencieusement « blets » (ou pourris, *morsch*) les fondements actuels de la Psychiâtrie ! »

Des réflexions analogues s'étaient bien souvent présentées à notre esprit, lorsque nous faisions, en cette même année 1913, notre premier stage aux quartiers d'aliénés des Hospices de Nantes. Nous y étions venus fort désireux de pénétrer les mystères de la science mentale ; nous avions lu le manuel de Régis, clair, précis, attrayant.

L'examen de nos premiers malades nous avait rempli d'admiration pour le grand psychiâtre de Bordeaux, car ses descriptions cliniques, nous les retrouvions sans peine *in vivo*. Nous n'étions pas loin de penser que, décidément, la Psychiâtrie était une science facile ; toutes les préventions que doivent éprouver les débutants à l'égard de cette spécialité tombaient une à une.

Mais c'était l'époque où les revues et journaux étaient remplis d'analyses et de considérations sur les nouvelles doctrines étrangères, allemandes surtout, dont l'invasion « impétueuse et conquérante », comme dit M. le docteur Arnaud, fut peut-être l'un des signes avant-coureurs de l'autre ruée, celle d'août 1914.

Nous lisions beaucoup de ces études ; elles étaient bien présentées ; on avait l'impression qu'elles allaient répandre la clarté jusque dans les recoins du labyrinthe ; leur caractère synthétique répondait à un besoin, chez ceux qui croyaient le moment venu d'al-

ler au delà des simples descriptions cliniques, d'approfondir les mystères de l'étiologie, de la pathogénie, peut-être de l'anatomo-pathologie ! Cependant nous nous trouvions en face d'une telle surproduction d'articles et d'observations contradictoires que nous étions bientôt débordé ; plus nous lisions, plus devenaient confuses nos premières notions, et moins nous pouvions arriver à nous faire une opinion sur nos malades, ces mêmes malades que nous avions jugés si faciles d'après nos classiques français. La lecture de manuels récents et de traductions de Kroepelin, un essai de compréhension de certaines brillantes (?) créations comme celle de Freud, la psycho-analyse, le pansexualisme, ne faisaient que brouiller nos idées... Et nous nous serions éloigné à jamais de la Psychiâtrie, rebuté, si nous n'avions eu la chance d'avoir un maître dépourvu de tout snobisme, d'un caractère bien français. M. le docteur Biaute dont l'enseignement limpide n'avait pas subi l'influence étrangère, nous rassurait, affirmant sa conviction que, du chaos actuel, jaillirait la lumière, que le bon sens français repousserait l'invasion.

Il nous conseillait de conserver notre confiance aux vieux cliniciens, dont les œuvres ne périront pas, parce que faites *d'observations* sincères, aux Pinel, Esquirol, Bayle, Foville père, Baillarger, Moreau de Tours, Morel, Lasègue, Jules Falret, Ball ; car les faits cliniques bien observés restent ce qu'ils sont et ne sauraient être démentis, à la condition de ne pas vouloir dépasser l'observation. A quoi

sert de débaptiser et de reclasser ces faits, si l'on n'a pas de précises données nouvelles sur leur étiologie ou leur substratum anatomique ? Les confusions de la Psychiâtrie moderne provenaient évidemment de la trop grande hâte de chacun à donner sa note personnelle, sa *classification* ; la preuve en était que telle observation publiée sous tel diagnostic par l'un, pouvait tout aussi bien illustrer tel autre diagnostic établi par un autre.

Nous restions donc fidèle à la clinique ainsi entendue, mais la guerre vint, interrompant notre scolarité. Affecté à un bataillon d'infanterie, puis à une ambulance chirurgicale du front, nous n'eûmes plus l'occasion de voir des aliénés, en dehors de quelques cas naissant sous nos yeux et rapidement évacués. A notre retour nous rencontrâmes à Saint-Jacques un nouveau chef de service, M. le docteur Coulonjou, qui n'était à l'exemple du docteur Biaute, ni snob, ni germanisant ; il conservait la foi dans le bon sens clinique, d'autant plus que la riche moisson d'observations de guerre lui semblait devoir grandement illustrer certaines doctrines françaises. Comme le docteur Biaute, il se méfiait des théories des Ecoles d'Heidelberg et de Munich, et surtout de leurs outrancières applications ; mais loin de les rejeter en bloc et sans discussion, il se ralliait à la conclusion du discours précité de M. le docteur Arnaud, qui conseillait d'attendre au moins qu'elles fussent fixées dans l'esprit de leurs auteurs, tout en reconnaissant qu'elles « représentent incontestablement un puissant

effort dans l'étude de ces problèmes si difficiles, dont les solutions semblent se dérober, tandis que se multiplient les recherches. Acceptées ou combattues, disait-il, ces théories, par leur outrance même, ont excité les esprits, elles ont suscité d'innombrables travaux, elles ont secoué les nonchalances et bousculé les routines où nous nous attardions un peu trop... Elles marqueront une étape, et si leurs résultats n'ont pas l'importance que certains leur attribuent, elles laisseront néanmoins une trace durable. Il convient donc de les accueillir avec sympathie et tout ensemble avec prudence, de se garder des emballements comme des dénigrements systématiques... Et, plus fortement attachés que jamais à l'exacte observation clinique, indestructible tradition de notre médecine mentale, nous pouvons garder la ferme espérance que notre esprit français, tout de précision et de clarté, saura enfin dissiper les confusions dans lesquelles nous nous débattons depuis si longtemps. »

Pour nous donner une preuve que cet espoir n'était point vain, M. le docteur Coulonjou nous rappela combien l'enseignement et les conceptions de M. E. Dupré apportaient déjà de lumière dans l'étiologie et la symptomatologie d'une foule d'états mentaux sur lesquels, faute de méthode et d'accord dans les définitions, on finissait par ne plus pouvoir s'entendre. Il nous signala spécialement les travaux sur la *constitution émotive*, dont M. le professeur E. Dupré précisa les stigmates, dans son rapport sur « *le rôle*

de l'émotion dans la genèse des accidents psychopathiques », devant les Sociétés de Neurologie et de Psychiâtrie réunies, en novembre 1909. Ses élèves, A. Devaux et J.-B. Logre, venaient de publier un livre d'une lumineuse clarté sur les « Anxieux » (1917) dans la préface duquel M. E. Dupré disait : « Cette conception nosologique d'après laquelle certains paroxysmes d'émotivité anxieuse sont considérés comme des accidents de la constitution émotive, n'est qu'un cas particulier d'une méthode très générale, qui a pour but d'éclairer la genèse et la séméiologie des affections mentales par la connaissance du caractère antérieur et du tempérament même du malade. J'ai rappelé ailleurs à propos de l'émotivité constitutionnelle, l'intérêt clinique et pratique de cette *notion des constitutions morbides*. Comme toutes les notions relatives au terrain en pathologie, elle offre l'avantage de rattacher les manifestations actuellement présentées par le malade à toute son histoire antérieure, à l'ensemble de ses antécédents personnels et héréditaires ; elle permet d'entrevoir et de prédire l'avenir, contenu en germe, et, en quelque sorte, inscrit d'avance dans la formule psychopathique du sujet. »

A la lumière de ces notions, M. le docteur Coulonjou nous conseilla de chercher l'explication d'une constatation clinique qu'il avait faite dans le département de la Vendée, pendant ses cinq années de direction de l'asile d'aliénés : dans cet établissement, qui ne reçoit que des malades Vendéens, on observe

un énorme pourcentage de mélancolies, ou d'affections mentales à réactions tristes. La proportion va de 82 à 86 o/o ; elle a atteint 92 o/o en 1918 ; dans la moitié de ces cas environ, il s'agit de psychoses mélancoliques pures, surtout de mélancolies de la ménopause ; la seconde moitié est constituée par d'autres psychoses, ou névroses (délires d'interprétation, de persécution, neurasthénies, hystéries, confusions mentales, démences précoces) et même par des paralysies générales, au cours desquelles on note couramment ou uniquement le symptôme mélancolie.

C'est là un fait digne de remarque, dont nous allons tenter dans ce travail inaugural d'établir la signification.

Adoptant la méthode de M. le professeur E. Dupré, nous essaierons d'éclairer la genèse de ces psychoses mélancoliques et de ces symptômes mélancoliques « par la connaissance du caractère antérieur et du tempérament de cet individu, peut-être un peu particulier, qu'est le Vendéen.

« Chaque constitution (paranoïaque, mythopathique ou émotive) dit M. E. Dupré (préface des « Anxieux ») est susceptible, par exagération de ses éléments primitifs, d'aboutir à des psychoses, dont le caractère antérieur du malade permet mieux de comprendre, à la fois, l'éclosion et les symptômes. La méfiance et l'orgueil du paranoïaque conduisent, par une pente naturelle, aux délires de persécution et de grandeur ; la fertilité inventive du mythomane

a pour conséquence extrême ces « délires d'imagination » dont j'ai inauguré avec Logre, l'étude nosologique. La *constitution anxieuse* peut s'exaspérer sous forme de psycho-névrose d'angoisse. La *cyclothymie*, enfin, telle que la conçoit mon ami G. Deny n'est-elle pas autre chose qu'une constitution morbide caractérisée par un déséquilibre affectif, en quelque sorte bipolaire, maniaco-mélancolique, dont le terme dernier est le grand accès classique de la folie intermittente ? »

Si nous remarquons que la Vendée est une région bien délimitée aux points de vue géographique, anthropologique et ethnologique, habitée par une race restée à peu près pure, race reconnue comme triste, nous ne serons pas surpris de rencontrer chez beaucoup de Vendéens une « constitution émotive ». D'autre part, l'éclosion d'une si grande proportion de psychoses à forme dépressive, nous conduira à admettre que cette constitution est *anxieuse* ou *mélancolique*, sinon l'une et l'autre.

Le caractère et le tempérament du Vendéen ont fait l'objet de nombreuses études depuis plus d'un siècle. Depuis la révélation du « Chouan », des historiens, des psychologues et des romanciers, nous ont fait connaître ses facultés intellectuelles,sensibles et volontaires, toute sa psychologie. Nous rappelons leurs opinions et notons leur convergence dans le chapitre suivant, qui est celui du « psychisme normal du Vendéen ».

Nous étudions ensuite son psychisme pathologique,

en rapportant les statistiques, par diagnostics, des malades admis à l'asile de la Roche-sur-Yon pendant les sept dernières années.

Si nous nous étions borné à considérer les seules cinq années d'exercice de M. le docteur Coulonjou, on aurait pu nous faire une double objection : 1° que la guerre avait pu influencer la forme des réactions dans le sens de la tristesse ; 2° que les diagnostics étaient tous du même aliéniste. En englobant les sept dernières années, nous remontons à une date précédant de deux ans et demi la guerre et nous tenons compte des diagnostics de deux médecins; on verra que les proportions sont sensiblement les mêmes pour chacune de ces années. Grâce à quelques observations résumées, nous montrons que la plupart des psychoses offrent des réactions dépressives, anxieuses ou mélancoliques ; que, dans les rares « doubles formes » les périodes de manie sont très courtes, ou insignifiantes.

Nous indiquons les suites observées chez quelques malades guéris, tendant à prouver que ces mélancolies n'évoluent pas forcément vers la démence, ce qui permet peut-être de ne pas considérer tous ces malades comme de grands dégénérés.

Nous nous demandons alors quelles particularités étiologiques peuvent être invoquées pour expliquer cette grande prédominance de psychoses dépressives ; les causes directes ou occasionnelles n'offrent rien de spécial à considérer ; en revanche, si nous nous adressons aux causes indirectes ou prédispo-

santes, nous trouvons, non seulement chez les malades internés, mais aussi chez les membres de leur famille et chez un grand nombre de Vendéens, les stigmates de la constitution anxieuse, telle qu'elle a été décrite par Devaux et Logre.

Dans un dernier chapitre nous résumons les réflexions que nous a suggérées cette étude.

CHAPITRE II

Psychisme normal du Vendéen

Quelques notions succinctes sur la contrée qui nous occupe sont indispensables pour l'intelligence de ce qui va suivre.

La Vendée s'étend un peu au delà des limites administratives du département actuel ; on pourrait désigner sous ce nom trois régions, bien distinctes au point de vue de la nature du sol, comprises entre la Loire et la Sèvre-Niortaise, et allant de l'Océan jusqu'au delà de la Sèvre-Nantaise. Chacune de ces trois régions, le Bocage, la Plaine et le Marais tire son nom de l'aspect de la contrée. Le Bocage, partie la plus étendue du département, comprend l'arrondissement de la Roche-sur-Yon et empiète sur les deux autres arrondissements. C'est là où nous trouverons le type le plus pur du Vendéen, et c'est l'habitant du Bocage qui servira de sujet à notre étude.

En retranchant ou ajoutant certaines parties limitrophes, en modifiant légèrement les limites actuelles, le docteur Marcel Baudouin reconstitue l'unité primitive, peu différente du département géographique actuel.

Ses considérations anthropologiques sont tirées de deux constatations fort importantes : 1° la taille moyenne des hommes, qui est de 1 m. 66, tandis que dans les Deux-Sèvres et l'Anjou, elle est de 1 m. 62. Ceci prouve que le Vendéen doit sa taille moyenne au mélange de deux éléments, un élément petit, le même que celui des Deux-Sèvres, un élément grand, le même que celui du Marais, de la Loire-Inférieure et de la Charente-Inférieure; mais cet élément grand ne paraît être que l'élément petit, agrandi par la vie au milieu de pays plus fertiles (Plaine, Marais) ; 2° d'autre part, tous les Vendéens des trois arrondissements ont une moyenne d'indice céphalique qui en fait des « courtes têtes » ou des « têtes rondes », c'est-à-dire des brachycéphales (Indice 84,5). « Le type des brachycéphales vrais est d'ailleurs celui de la vieille population de notre Bocage. Tous les Vendéens sont donc bien des hommes de race pure : petite taille, brachycéphalie et cheveux noirs » (Dr Marcel Baudouin, *Qu'est-ce que la Vendée?*)

Les origines des habitants de la Vendée restent encore très obscures ; la plupart des auteurs cependant font des Vendéens les descendants de l'ancienne race celtique. Le Bocage en particulier est indiqué, sur la carte ethnographique de France que donne le docteur Lagneau dans *le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, comme habité par les descendants purs des Celtes. L'opinion de cet anthropologiste semble devoir être acceptée ; les habitants de la Plaine auraient la même origine et sont consi-

dérés comme de souche celtique, mais moins pure, plus mélangée.

D'après de la Fontenelle de Vaudoré, trois petits peuples différents et distincts habitaient la partie du territoire qui a formé depuis le Bas-Poitou, avec les portions qui en ont été détachées au moyen âge; ces peuples qui se trouvaient placés entre les Poitevins, les Angevins et les Nantais, étaient les Ambiliates, les Anagnutes et les Agésinates.

« M. Francisque Michel, avec Dufour et Abel Hugo, voient dans les habitants du Marais méridional les descendants, vraisemblablement de race celtique, des anciens Agésinates Cambolectri indiqués par Pline (*Agésinates Cambolectri, Pictonibus juncti*) (Dr Lagneau, *Dict. Dechambre*).

Seuls les habitants du Marais occidental semblent différents ; les races d'origine sont plus mélangées, on retrouve chez eux le type normand comme dans l'île de Bouin, où le type espagnol comme aux Sables-d'Olonne.

Un officier supérieur « qui habitait la Vendée avant les troubles », fait remonter aux Celtes l'origine des Vendéens, s'appuyant sur les recherches historiques de M. Bodin et sur la notice des monuments historiques de la Reveillière-Lepeaux. Et il dit même que « les mœurs des anciens Celtes dont parle César dans ses Commentaires (liv. VI, ch. XIII), se retrouvent dans la Vendée et la Bretagne, où le culte des Druides est attesté par un grand nombre de monuments ».

« Le patois vendéen, écrit S. Trebucq, avec sa prononciation lourde, traînante et monotone, est de tous les dialectes poitevins, le moins altéré. Dû à la fusion du celtique et des idiomes septentrionaux avec le latin, le poitevin est en quelque sorte l'intermédiaire entre la langue d'oc et la langue d'oil, entre la langue du Midi et celle du Nord, mais il tient beaucoup de cette dernière.

La question d'origine ne saurait être discutée ici, mais l'opinion de ces auteurs tendant à faire des Vendéens les descendants des anciens Celtes, nous paraît justifiée.

Ernest Renan dans son *Essai de morale et de critique* consacre un long chapitre à la « Poésie des races celtiques ». Dans cette étude l'auteur montre ce que sont devenus les Celtes, et, parlant du caractère de cette race, il s'exprime ainsi : « Jamais famille humaine n'a vécu « plus isolée du monde et plus pure de tout mélange étranger. Elle a tout tiré d'elle-même et n'a vécu que de son propre fond. A l'heure qu'il est, ils résistent encore à une invasion bien autrement dangereuse, celle de la civilisation moderne, destructive des variétés locales et des types nationaux. C'est dans cette vie retirée, dans cette défiance contre tout ce qui lui vient du dehors, qu'il faut chercher l'explication des traits principaux du caractère de la race celtique. Elle a tous les défauts et toutes les qualités de l'homme solitaire, à la fois fière et timide, puissante par le sentiment et faible par l'action. Elle se défie de l'étranger parce

qu'elle y voit un être plus raffiné qu'elle et qui abuserait de sa simplicité. Indifférente à l'admiration, elle ne demande qu'une chose, qu'on la laisse chez elle.

« Sa fidélité n'a été qu'un dévouement inutile. La dernière elle a défendu son indépendance religieuse contre Rome et elle est devenue le plus ferme appui du catholicisme; la dernière en France elle a défendu son indépendance politique contre le roi et elle a donné au monde les derniers royalistes.

« A la voir si peu audacieuse contre Dieu, on croirait à peine que cette race est fille de Japhet.

« De là vient sa tristesse. Prenez les chants de ses bardes, ils pleurent plus de défaites qu'ils ne chantent de victoires ; son histoire n'est elle-même qu'une longue complainte, elle se rappelle encore ses exils, ses fuites à travers les mers ; si parfois elle semble s'égayer, une larme ne tarde pas à briller derrière son sourire. Elle ne connaît pas ce singulier oubli de la condition humaine et de ses destinées qu'on appelle la gaîté.

« Ses chants de joie finissent en élégies ; rien n'égale la délicieuse tristesse de ses mélodies nationales. »

En lisant ces lignes écrites par Renan, il est inévitable de faire un rapprochement entre le caractère Vendéen et le caractère Celte décrit par cet auteur. Comment expliquer cette ressemblance sinon par l'hérédité ! Nous allons voir, en effet, qu'on retrouve chez le Vendéen toutes les qualités et tous les défauts

de la race celtique : fidélité, dévouement, simplicité, indépendance religieuse ; même tristesse, mêmes chants mélancoliques ; même défiance et même isolement à l'égard des étrangers.

Il ne nous est pas possible de faire ici l'étude du psychisme du Vendéen du Bocage, du Marais et de la Plaine ; nous nous bornerons à montrer le caractère, le tempérament, les mœurs et les habitudes des paysans du Bocage, type qui semble le plus parfait et dont les autres, malgré de nombreux points de divergence, se rapprochent beaucoup.

Cavoleau, dans sa *Description de la Vendée,* cite de Berthre de Bourniseaux un passage qu'il nous paraît intéressant de reproduire ici, bien qu'il ait été écrit il y a plus de cent ans :

« Une taille médiocre, mais assez bien prise, une tête grosse, un cou épais, un teint pâle, des cheveux noirs, des yeux petits mais expressifs, voilà le *portrait* du Vendéen.

« Un esprit lent, mais capable de profondeur, un caractère généreux, mais irascible, une conception peu facile, mais sûre, de la fidélité dans les engagements, de la simplicité même dans les mœurs, un attachement profond pour ses institutions religieuses, une taciturnité sans exemple, mais tempérée par une extrême bonté, un esprit plus porté à un travail modéré quoique peu lucratif, qu'à un labeur pénible et profitable ; beaucoup d'indifférence pour le luxe et de passion pour le vin, une bonne foi rare dans le commerce, peu d'aptitude pour l'étude des beaux-

arts, beaucoup pour les sciences abstraites ; un tempérament bilieux et mélancolique ; sans nul principe de philosophie, mais dédaignant la vie et bravant la mort avec une fermeté stoïque ; assez lent enfin à se déterminer dans les occasions ordinaires de la vie, mais capable, dans l'accès des passions, de l'activité la plus rapide et des actions les plus héroïques ; voilà le *caractère* du Vendéen ».

Bien que de nombreuses années soient écoulées depuis que ces lignes ont été écrites, ce portrait est toujours vrai et de nombreux auteurs depuis Cavoleau font, sur le paysan de Vendée, exactement les mêmes réflexions. La Bretonnière termine un portrait des Vendéens, semblable au précédent, par ces mots : « Au surplus, leur gaîté a une espèce de teinte sombre qui inspire la tristesse. »

Et quelles que soient les divergences entre les différents auteurs, tous sont d'accord sur la *tristesse* qui caractérise le Vendéen, qu'il soit du Bocage, de la Plaine ou du Marais.

Plus récemment, le baron Olivier de Wismes dans son ouvrage intitulé *la Vendée*, parle de l'habitant de ce pays en ces termes : « La physionomie est sérieuse, sans rudesse, son sourire plein de grâce et de naïveté ; son tempérament est bilieux et mélancolique ; ennemi des démonstrations bruyantes, d'une extrême modestie, doutant de lui-même et des autres ; une douce tristesse fait le fond du caractère du Vendéen. »

Nous voyons donc que tous les historiens qui ont

écrit sur la Vendée de la Révolution où du XIXe siècle arrivent à la même conclusion : tristesse fondamentale chez des hommes très attachés à leurs idées religieuses.

Le même officier supérieur qui écrivit ses mémoires sur les Chouans fait d'eux le portrait suivant : « Au milieu de ses solitudes qui sont pour lui l'univers entier, le Vendéen naturellement robuste, endurci à la fatigue, est courageux ou timide selon l'impression qu'il reçoit. Séparé de son intérêt particulier, ce n'est plus qu'un grand enfant, que le prêtre et le sorcier tiennent en lisière. »

Mais ce caractère ne s'est-il pas modifié depuis ? Le Vendéen du XXe siècle est-il resté ce qu'il était au XIXe siècle ou au temps de la Chouannerie ? Nous n'hésitons pas à affirmer qu'il n'a pas changé ; nous avons été à même de l'observer personnellement, tant chez lui pendant les travaux des champs, tant les jours de fêtes, les dimanches, les jours de réjouissances et de foires, que pendant son service militaire ; et un fait nous a frappé, fait déjà signalé par le baron Olivier de Wismes ainsi que par les auteurs d'ouvrages sur les chansons populaires : les chansons paysannes de Vendée sont toutes pleines de langueur, de tristesse et de mélancolie ; les airs sont sur le mode mineur comme chez tous les peuples à civilisation primitive.

M. le docteur Coulonjou, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de la Vendée, faisait, dans son rapport au Conseil général de 1916, la réflexion sui-

vante : « Il est en effet remarquable que la presque totalité des affections mentales observées dans ce département, présentent des réactions mélancoliques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Nous préparons sur ce sujet un travail basé sur les observations des vingt dernières années, qui nous conduira vraisemblablement à établir un parallèle entre les manifestations morbides et normales de l' « humeur » vendéenne. D'autres observateurs ont déjà noté le fond de tristesse du caractère vendéen, dont on peut avoir un reflet jusque dans les chansons du terroir, où les phrases finissent en mineur, même quand la pensée exprimée est gaie. »

Il existe très peu d'écrivains contemporains ayant parlé de la Vendée ; M. René Bazin, dans son roman *la Terre qui meurt*, fait la description du marais septentrional, et, en dehors de l'impression triste qui se dégage de la lecture de cet ouvrage, on retrouve signalée la *tristesse* propre du pays. Un châtelain vendéen quitte le Marais, en donnant pour raison : « Ma femme ne peut habiter ici, c'est « trop triste pour elle et trop froid ». Et plus loin, décrivant une des rares fêtes vendéennes où la gaîté règne pendant quelques heures l'auteur écrit : « Tout à l'heure, sur l'immense nappe tremblante et muette, toute cette joie se disperserait ; ils le savaient ; ils profitaient de l'heure brève. »

Le caractère triste du Vendéen se retrouve, non seulement chez tous les écrivains, mais aussi chez tous les artistes ; nous n'en voulons citer comme

preuve que les tableaux du plus célèbre d'entre eux, Milcendeau, le peintre du Marais.

Ce grand artiste a décrit sur la toile des quantités d'intérieurs vendéens, des noces, des repas de famille, des rondes, des cérémonies funèbres, de simples portraits; partout on retrouve des physionomies sérieuses ou figées, même quand la joie doit être dans l'air; presque tous les facies pourraient illustrer des descriptions de pathologie mentale à l'article « mélancolie ».

A la caserne, le Vendéen reste ce qu'il était comme paysan, taciturne et solitaire; il arrive cependant que l'on voit se réunir quelques soldats vendéens; on peut être certain qu'ils sont du même village; ils s'assemblent pour parler des leurs, buvant, causant à peine et jouant à leur jeu de « luette », ne riant pour ainsi dire jamais : leurs chansons de route ressemblent en tous points aux chansons paysannes, paroles plutôt tristes, sur le mode mineur.

Et que dire de la femme vendéenne ! Il est à croire qu'elle est encore plus triste que l'homme. Une coutume très répandue dans toute la contrée, montre combien le fond mélancolique du caractère de ses habitants reparaît partout, même au milieu des réjouissances : aux noces vendéennes, les jeunes filles viennent chanter cette fameuse *Chanson de la mariée*, qui varie à l'infini suivant les régions, mais dont le fond reste toujours le même. Elles ne se gênent pas pour avertir la jeune épousée des peines et des chagrins qui l'attendent dans son ménage ; la douleur

est désormais son lot, finies les danses, finies les fêtes..., etc.

L'époux que vous prenez sera souvent le maître ;
N' s'ra pas toujours doux, mais pour le radoucir
Faudra lui obéir.
Adieu le sans-souci, la liberté jolie,
Adieu le temps chéri de la bachelerie.
Vous n'irez plus au bal, madame la mariée,
Sont finies les veillées, madame la mariée,
Vous garderez la maison pendant que nous irons.
Vous aurez l'air sérieuse devant les compagnies.

Et, pour symboliser cet avertissement, elles offrent à la mariée un bouquet appelé l'*épine*.

Le bouquet que voilà
Qui vous prions d'y prendre
C'est un bouquet de fleurs
Pour vous faire comprendre
Que les plus grands honneurs
Passent comme les fleurs.

Dans quel autre pays voyons-nous la note triste survenir d'une façon aussi inattendue, au milieu de la joie et de la gaîté qui accompagnent généralement tous les mariages ? « Tandis qu'ailleurs les compliments des amis, les gâteries et les prévenances des parents viennent entretenir dans le cœur de la jeune épousée la joie d'aimer et d'être aimée (illusion peut être mais si douce et si légitime dans un tel jour) tandis que tout conspire autour d'elle pour embellir cette journée dont le souvenir illuminera les heures sombres »(Trebucq), en Vendée au contraire, cérémonies, usages, chansons, rien n'a été négligé pour instruire la pauvre vendéenne des rigueurs de son avenir.

Le marié aussi a sa part d'avertissement; il doit partager avec sa compagne la *chaudée*, ou soupe à l'oignon (dans laquelle entrent, vin, sel, poivre, tranches de pain attachées avec des fils) et les deux malheureux sont obligés d'avaler parfois avec des cuillères percées quelques gorgées de ce brouet incendiaire.

Combien navrante également cette autre chanson, à propos de la maternité qui devrait être une source de joie pour la paysanne :

Au bout d'un an, un enfant
C'est la joyeuserie
Au bout de deux ans, deux enfants
C'est la mélancolie.

Cette prédisposition triste n'a rien d'étonnant dans un « milieu primitif comme les campagnes vendéennes, « où les idées superstitieuses dirigent tant de cerveaux, où règne le fanatisme religieux, où la croyance en tout ce qui est surnaturel est si profondément enracinée » (Terrien, *Hystérie et neurasthénie chez le paysan de Vendée*). Dès son plus jeune âge, l'enfant, au cours des longues veillées d'hiver, entend raconter au coin du feu, les plus fantasques histoires de sorciers et de revenants. Tout le jour, son esprit est rempli de ces visions terrifiantes, la nuit ses rêves en sont hantés. Le cerveau de l'enfant devenu homme, en reste pour toujours imprégné.

Le docteur Cullerre, alors qu'il était médecin-directeur de l'asile public de la Vendée, écrivait en 1884, dans les *Annales médico-psychologiques*, un article

sur les *Dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux*; il se demandait s'il n'existait pas chez le paysan du Bocage « une susceptibilité psychique particulière, constamment entretenue par un sentiment exagéré de sa faiblesse, de son impuissance et de son humilité ».

Une place à part doit être réservée aux Iles Vendéennes, en particulier à l'Ile d'Yeu : les caractères de tristesse chez les Vendéens insulaires sont encore plus marqués que sur le continent. Mais ici interviennent peut-être aussi des raisons comme leur isolement et les difficultés de communications fréquentes avec la côte.

CHAPITRE III

Psychisme pathologique du Vendéen

L'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon peut être regardé comme un milieu de choix pour l'étude du psychisme pathologique du Vendéen, type spécial, dont la race conserve ses principaux caractères, ainsi que nous venons de l'indiquer.

Cet établissement ne reçoit, en effet, que des malades du département, pas même d'aliénés de la Seine ; donc, pas d'influence d'états affectifs, d'idées délirantes exogènes, les uns sur les autres, pas de contagion mentale. En outre, il n'existe, en Vendée, aucune grande agglomération, aucune grande industrie, aucun grand port ; la population, d'une homogénéité parfaite, est rurale ou à demi-rurale. Enfin, l'asile public est la seule maison affectée aux aliéniés ; il n'y a pas d'établissements privés ; nous avons donc la certitude d'y trouver représentées les formes mentales indigènes, presque en totalité et sans mélange.

Les rapports médicaux annuels des asiles publics contiennent des statistiques très exactes et des con-

sidérations sur l'étiologie, les formes, les particularités notables, etc..., des affections mentales observées.

Nous nous sommes reporté à ces travaux, mais en outre M. le docteur Coulonjou, qui a dirigé l'asile de la Vendée de 1914 à 1919, a bien voulu nous communiquer ses observations personnelles et ses notes. Les chiffres et réflexions suivantes sont le résultat de cette double documentation :

	ANNÉES						
	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Nombre des malades admis.....	169	149	118	121	129	127	104
Nombre de formes caractérisées par de l'excitation maniaque ou de l'indifférence émotive.....	22	15	12	16	17	14	5
Nombre de formes maniaco-dépressives.....	11	6	7	3	4	4	3
La différence représente les formes dépressives..	136	128	99	102	108	109	96
Pourcentage des *formes dépressives*.....	81,7 %	85,9 %	83,9 %	84,5 %	83,7 %	86,3 %	91,3 %

Pour chacune des sept années considérées, nous avons noté le chiffre total des admissions ; nous en défalquons les affections mentales dont les réactions sont certainement et uniquement caractérisées par de l'excitation, et aussi celles qui sont à double forme, mais avec prédominance d'excitation ; avec

les premières, nous comptons les formes caractérisées par de l'indifférence émotive, telles que certaines démences précoces ou séniles, des idioties, des imbécillités atones.

La différence entre le chiffre total d'admissions et celui des formes à éliminer, donne le nombre des affections dont les réactions sont certainement et uniquement caractérisées par de la dépression, ou par la double forme, avec prédominance de mélancolie.

Cette différence, rapprochée du chiffre total des entrées, donne un pourcentage qui va, on le voit, de 81,7 o/o jusqu'à 91,3 o/o. C'est pour l'année 1918 que nous trouvons cette dernière proportion de plus de 91 o/o ; elle paraîtra peut-être énorme, mais n'est pas moins l'expression très exacte de la réalité.

Nous pouvons l'assurer, sans craindre l'objection que nous avons peut-être admis trop facilement, sous la rubrique : *dépression*, des maladies où celle-ci ne se montre que transitoirement. Pour éviter ce reproche, nous avons défalqué toutes les doubles formes où la dépression n'était pas très nettement prédominante, soit plus de la moitié ; nous ne conservons, pour le calcul de notre pourcentage, que les doubles formes où la mélancolie s'observe pendant au moins les trois quarts du temps de séjour à l'asile.

Ainsi, pendant les sept dernières années, l'asile de la Vendée a reçu régulièrement des malades dont l'affection mentale était à forme mélancolique dans la proportion de 8/10 à 9/10.

Nous n'avions pas besoin de remonter plus haut, il nous suffisait de considérer au moins deux années avant la guerre ; mais nous pouvons dire qu'en compulsant les rapports des dix dernières années, nous trouvons des chiffres absolument analogues.

Qu'étaient donc ces affections mentales ?

Les rapports annuels de l'asile les rangent sous les rubriques suivantes :

1° Mélancolie simple et anxieuse ; mélancolie de la ménopause ; mélancolie sénile ;

2° Psychoses à double forme, avec trois quarts de mélancolie ;

3° Délire d'interprétation, de persécution ; confusion mentale ; démence précoce ; débilité mentale ; délires aigu et hallucinatoire ; paralysie générale ; démences ; épilepsie et hystérie (névroses avec délire).

Nous conservons la même classification, en réservant le nom de mélancolie, maladie autonome, aux formes qui évoluent autour de la ménopause, et qui nous ont paru être les seuls sans mélange avec une autre psychopathie. Dans tous les autres cas, la mélancolie n'est qu'un simple état symptomatique, se rattachant au tableau clinique de la folie périodique, des névroses, de la dégénérescence mentale, des délires de persécution et d'interprétation, de la confusion mentale et de la démence précoce. Nous avons enfin relevé sa prédominance dans la symptomatologie de plusieurs paralysies générales, épilepsies, et même dans des cas de délire aigu ; ici, le

tableau du délire aigu, qui avait rapidement emporté les malades, succédait à des épisodes d'anxiété suraiguë.

Voici quelques résumés d'observations qui se rapportent aux principales formes dépressives dont nous avons fait état ; ces exemples délimiteront exactement les affections mentales que nous avons été conduit à admettre comme relevant d'une *constitution* anxieuse ou mélancolique.

Observation I. — *Mélancolie simple.* — B... Marie, cinquante-deux ans, admise à l'asile en mai 1916. — Une sœur de la malade est triste, s'isole, parle peu, quoique intelligente ; la mère est morte après plusieurs mois de mélancolie sénile, sans internement.

Il y a un an, les règles ont cessé brusquement ; Mme B... est devenue triste, sans sommeil, sans appétit; tout lui paraissait « noir ». Elle a légèrement soupçonné ses proches de lui faire des reproches déguisés, puis des voisins ; elle attribuait ses insomnies à ces reproches, bien qu'elle ne les entendît pas. On l'interne parce qu'elle ne fait plus aucun travail et commence à menacer ses voisins. A l'asile, elle reste triste, le facies anxieux, insomnique, sans autres idées délirantes ; elle répond aux questions : « Vous le savez bien ! Pourquoi me demandez-vous ça ? » Cet état se prolonge, sans aucune modification ; les soupçons à l'égard de sa famille et de ses voisins persistent pendant 2 mois.

Physiquement, on note : constipation, teinte sub-ictérique de la peau ; sclérose des artères ; paresse des réflexes ; tremblements des doigts. Guérison en 3 mois.

C'est là un cas de mélancolie pré-sénile simple, analogue au type isolé par Capgras, après Krœpelin. Il n'y a pas de véritables idées délirantes. La malade exprime, comme le dit Capgras (thèse Paris, 1900), « les sensations provoquées par les processus d'involution, qui se reflètent dans la conscience par un sentiment d'impuissance », d'où l'inactivité et l'hésitation dans le jugement.

Obs. II. — *Mélancolie délirante.* — C... Alphonsine, cinquante ans, admise en novembre 1917. Le père est mort ramolli après hémorragie cérébrale ; une cousine germaine a été internée pour mélancolie à récidives ; deux frères, l'un mort à la guerre, peu intelligents et tristes ; une sœur a des accès d'hypocondrie, est soupçonneuse.

A toujours été réservée, ne s'amusait pas comme les autres, dans les réunions, les veillées ; ne s'est pas mariée parce qu'aucun parti ne lui plaisait ; cultivatrice, elle s'est fatiguée beaucoup depuis l'absence de ses frères mobilisés. Il y six mois, ses règles ont été très abondantes à deux reprises, puis ont cessé ; elle apprend en même temps la mort de son frère, qui dirigeait la ferme avant d'être mobilisé, et sur lequel on comptait. Elle n'a pas pleuré ; elle « a réfléchi », concentrée en elle-même, ne dormant pas, ne mangeant presque plus. Un jour, sa mère l'a trouvée gémissante, lamentable ; au coin du foyer ; elle disait : « Ah ! mon Dieu ! mon Dieu ! que va-t-il arriver ? je suis perdue ! je suis damnée ! » Elle s'accusait de choses abominables, d'impureté, de vols, d'avoir même tué son frère, ou du moins d'en être accusée (elle ne savait plus si c'était vrai ou non). Au bout de

trois ou quatre jours, elle tenta de se suicider en se jetant dans la mare voisine.

A l'asile, anxiété et angoisse (signes physiques) sitiophobie absolue; elle ne mange pas, parce qu'elle doit mourir, est indigne de manger ; difficile à maintenir ; elle veut toujours mourir et ne répond aux questions que par des gémissements. L'haleine est mauvaise ; amaigrissement et déshydratation des tissus (autophagie) ; tachycardie ; tremblements. Grâce à l'alimentation artificielle, l'alitement (par fixation au lit) et une thérapeutique opiacée, on obtient une certaine sédation de la douleur morale et des réactions ; mais la malade reste délirante (idées de damnation) et angoissée.

Les idées délirantes peuvent être beaucoup plus variées et même naître au sujet de tout nouveau fait ; on est alors en présence de malades gémissant éternellement, interrogeant d'un air anxieux sur tout ce qui se passe autour d'eux, pour rapporter à eux-mêmes ou contre eux-mêmes les paroles et les actes dont ils sont les témoins. Dans des cas semblables, on observe des troubles plus profonds de la conscience et le plus souvent un affaiblissement prédémentiel.

Obs. III. — *Mélancolie délirante avec trouble profond de la conscience.* — R... Jean, cinquante-cinq ans, cultivateur, admis en septembre 1917. Dans les antécédents familiaux, on note un père rhumatisant, mort du cœur à soixante-cinq ans ; un frère est triste, vit seul, débile mental ; une cousine germaine est internée ; le fils du malade, dix-huit ans est un *minus habens*, à peine capable de garder les vaches.

Lui-même a déjà été interné deux fois, depuis deux ans, pour des épisodes de mélancolie avec idées de suicide. Le premier accès s'était manifesté brusquement, à la suite d'un mécompte de culture : préoccupations hypocondriaques *tœdium vitæ*, tentative de suicide. Il avait duré trois mois. Peu de temps après, R... redevenait sombre, angoissé, avec des douleurs précordiales et des sensations d'étouffement ; il se plaignait de sa femme, l'accusait de vouloir l'empoisonner, croyait qu'on l'avait dénoncé à la police comme l'auteur d'un vol récent ; nouvelle tentative de suicide, arrêtée par sa femme ; mais un jour, se trouvant avec celle-ci au bord de la rivière, il la saisissait brusquement et la jetait à l'eau, puis s'enfuyait ; sauvée par des voisins, elle réclamait un nouvel internement. Guérison de cet accès en trois mois. L'épisode actuel est beaucoup plus confusionnel : R... est immobile, l'expression douloureuse, anxieuse, mais figée ; il faut le pousser pour le faire marcher ; il reste muet et ne s'alimente pas. Au bout de quelques jours, il présente de l'agitation motrice, pousse des cris de terreur, veut mourir ; on a tué son fils, emprisonné sa femme, brûlé sa métairie ; il est damné, on lui a jeté des sorts... Depuis lors, on note tantôt des périodes semblables, tantôt de la stupeur avec gâtisme ; mais les facultés s'affaiblissent rapidement.

L'état physique est mauvais ; les réflexes tendineux sont exagérés, ceux de la pupille diminués ; on observe des spasmes des muscles lisses (tube digestif), de l'hyperesthésie et des tremblements, de la dyspnée.

Il nous semble que ces trois premières observations sont absolument comparables à celles que Cap-

gras donne comme types de ses trois variétés de mélancolie, considérée comme psychose d'involution pré-sénile : simple, délirante et sénile ; on pourrait peut-être mieux dénommer cette dernière *pré-démentielle ?* Nous notons le même début, ou les mêmes prodromes, les mêmes signes cliniques et des troubles physiques analogues, la même marche. L'observation clinique nous a d'ailleurs constamment confirmé dans cette opinion, que l'on doit réserver le nom de mélancolie, maladie autonome, à la psychose évoluant autour de la ménopause ; qu'on la nomme pré-sénile, comme Capgras, ou de telle autre façon, elle est « le reflet mental des processus d'involution » (Capgras, *loc. cit.*).

Dans tous les autres cas, la mélancolie n'est qu'un état symptomatique, se réduit à un état affectif (Capgras, *loc. cit.*), au cours des diverses affections mentales qui évoluent chez l'adulte ou l'adolescent. Il n'en est pas moins vrai que, dans certains de ces cas, le symptôme « mélancolie » est tellement prédominant, qu'il retient seul l'attention et peut en imposer pour une psychose : un examen méthodique des antécédents, de l'évolution et surtout de la marche ultérieure, permet toutefois de lui donner sa valeur véritable.

En outre des « psychoses mélancoliques » de la ménopause entendues comme il est dit plus haut, on trouve à l'asile de la Roche-sur-Yon, toutes les autres expressions de l'aliénation mentale, dans des proportions variables, parfois intéressantes : ainsi, les

délires *systématisés* chroniques (type Magnan) sont infiniment rares; en 1918, on en comptait *cinq* dans tout l'établissement, 3 chez les hommes et 2 chez les femmes. Les paralysies générales donnent une proportion aussi faible, de 1,5 à 3 o/o. Il est probable que ces pourcentages minimes sont dus à l'absence de grandes agglomérations, industrielles ou intellectuelles, en Vendée; la vie « intensive », le surmenage intellectuel, causes occasionnelles si importantes de ces deux affections, sont exceptionnels dans l'existence rurale. Or, la plupart des maladies mentales de cet asile, considérées en dehors des mélancolies, comportent des réactions tristes ou anxieuses, le syndrome mélancolie. Voici quelques exemples où prédomine ce syndrome.

Obs. IV. — *Folie à double forme avec prédominance d'accès mélancoliques.* — Mlle L... Marie, vingt-sept ans, cultivatrice originaire du Marais (*maraîchine*), admise pour la quatrième fois, en mars 1918. Père mort de congestion cérébrale, alcoolique; mère très nerveuse, acariâtre; un seul frère, soldat, peu intelligent, porté à la tristesse. Tout le monde est triste chez elle, déclare la mère. Le premier épisode, à dix-huit ans, fut mélancolique, à l'occasion d'un mariage manqué; catatonie, négativisme, phobies puériles; guérison en trois mois et demi. Le second, six mois après, fut constitué par une excitation désordonnée, avec euphorie, écholalie, érotisme, masturbation; durée, quinze jours; ensuite, asthénie, aboulie, idées noires et de culpabilité, pendant un mois; guérison. Le troisième épisode ressemble au premier, mais ne dura

que deux mois. L'internement actuel devint nécessaire trois mois après le troisième. Ainsi, les deux premiers accès se sont produits à dix-huit et dix-neuf ans, les deux suivants à vingt-six et vingt-sept ans ; la malade serait restée normale (?) pendant sept ans entre les deux séries. Cette fois-ci, après une période d'inquiétude de quelques jours, elle a cessé de s'alimenter, en disant qu'elle ne le méritait pas, qu'elle devait mourir, ayant commis de graves péchés ; elle est ensorcelée et damnée ; elle supplie qu'on la tue, parce qu'elle n'a plus d'argent pour vivre et ne pourra pas payer sa pension ; ou bien elle refuse de manger parce qu'elle n'a plus d'estomac... ; elle a senti qu'on le lui arrachait. La nuit, elle entend des bruits, *dans sa tête;* elle n'a point de vraies hallucinations, ce sont des choses qu'on lui met dans la pensée, des idées de faire du mal. Tout ce délire est flou et les éléments contradictoires. mais sans affaiblissemeut véritable des facultés. Les intervalles lucides, dont l'un dura sept ans, la date éloignée du début (neuf ans), doivent faire écarter, pensons-nous, le diagnostic de démence précoce. La malade s'améliore encore une fois lentement.

Cette malade est, selon nous, une périodique à double forme ; mais, on le voit, les épisodes de mélancolie sont chez elle beaucoup plus importants que le seul à forme inverse qu'elle présenta. La considérât-on d'ailleurs comme une démente précoce, elle ne pourrait pas moins servir d'exemple à l'appui de notre thèse ; la plupart des démences précoces, en Vendée, comportent des réactions tristes absolument analogues. Nous pourrions citer d'autres observa-

tions de folie périodique où la mélancolie constitue le symptôme principal ; nous n'aurions que l'embarras du choix, car elles sont, en regard des formes inverses, dans le rapport de 3 à 1 : les 3/4 des doubles formes sont donc surtout des mélancolies.

Si nous prenons les délires d'interprétation, les délires hallucinatoires de persécution, les réactions mélancoliques sont encore la règle, avec douleur morale et anxiété, auto-accusation, idées de suicide.

Obs. V. — *Délire d'interprétation avec état mélancolique.* — F... Pierre, trente-cinq ans, menuisier de village, admis en avril 1917 pour la deuxième fois.

Fils unique d'un père ivrogne et d'une mère *minus habens ;* lui-même a fait, de vingt à vingt-cinq ans, quelques excès de boisson (vin blanc). Interné pendant cinq mois en 1915, pour une bouffée d'interprétations à base d'illusions de l'ouïe : il était déprimé depuis plusieurs jours sans raisons, lorsqu'il commença à se persuader que certains propos des gens qui passaient devant sa maison s'adressaient à lui ; ayant entendu un voisin dire à un autre : « Tout va bien ! » il s'imagina qu'on parlait de lui, qu'on allait l'arrêter pour désertion (il était réformé pour bronchite chronique) : le voisin s'en réjouissait et le lui annonçait indirectement. Il cessa de travailler, perdit l'appétit, restait assis, immobile, pendant des heures, épiant les personnes qui passaient, s'appliquant leurs paroles. Un jour, il accusa sa mère de l'empoisonner et quitta la maison. On le retrouva deux jours après errant dans les champs, l'air anxieux, craintif ; il fuyait son arrestation par l'armée... Conduit à l'asile, il manifesta

des idées de suicide ; on dut le nourrir à la sonde. Il guérit en cinq mois. — Cette fois, sans prodromes de dépression, il avait porté plainte contre inconnu, parce qu'on lui faisait de nouvelles misères ; on mouillait son bois, on rouillait ses outils ; il ratait tous les travaux qu'il entreprenait ; évidemment, quelqu'un lui voulait du mal, il saurait bien qui... Il avait menacé sa mère. A l'asile, il tombe dans l'anxiété, refuse la nourriture, fait une crise d'agitation motrice. Bains prolongés quotidiens, bromures. Amélioration au bout de trois mois ; mais le malade reste obsédé par le doute, se méfie de tout le monde, conserve ses interprétations et un certain degré de douleur morale.

Obs. VI. — *Délire de persécution des dégénérés ; état mélancolique.* — Mme L... Augustine, quarante et un ans, cultivatrice, admise en septembre 1915. Le père est mort hypocondriaque vers cinquante ans ; la mère est phobique et superstitieuse, débile intellectuelle ; un frère a été réformé pour imbécillité. Début six mois avant l'entrée, par de la tristesse ; perte de l'activité, de l'appétit, du sommeil. Elle entendait des voix, d'abord indistinctes, puis articulées, qui lui disaient : « Tu es possédée du diable. » Elle se confessa, pria, mais bientôt ne put réciter la moindre prière ; le diable l'en empêchait. En sortant de l'Eglise, elle vit des gens qui riaient, ils se moquaient d'elle, évidemment ; une voix lui dit le soir, en ricanant : « Tu n'a plus qu'à te jeter à l'eau. » Alors elle se mit à soupçonner tout le monde, invectivant les personnes qu'elle rencontrait. A l'asile, période d'agitation motrice, puis inquiétude douloureuse, sitiophobie, tentative de suicide. Amélioration par les bains et l'opium. Les

idées de persécution se cristallisent, limitées à deux ou trois individus ; la malade reste triste et préoccupée, travaille, ne parle à personne.

Parmi les confusions mentales, qu'il est souvent difficile de distinguer des états de stupeur de la mélancolie, nous n'avons pas relevé un seul cas d'excitation maniaque.

Quant aux démences précoces, que l'on rencontre en très grand nombre à l'asile de la Roche-sur-Yon, elles sont presque toutes à forme catatonique ; on ne les différencie de la mélancolie anxieuse, ou avec stupeur, de la ménopause, que grâce à l'âge du sujet et à l'évolution, démentielle dès le début. La forme hébéphrénique, qui comporte des accès de manie, est extrêmement rare ; les seuls cas que nous ayons retrouvés sont des formes mixtes : début par de la manie, de courte durée, et rapidement, installation de la catatonie avec négativisme. La plupart des déments précoces sont originaires du Marais et se présentent comme la malade suivante :

Obs. VII. — *Démence précoce à forme hébéphréno-catatonique au début, puis catatonique.* — Mme A... Philomène, née A... (même nom propre : elle est mariée à un cousin germain), trente et un ans, cultivatrice, admise en octobre 1914. Mère débile intellectuelle ; père violent, buveur. Une cousine épileptique. Début par une période d'excitation maniaque désordonnée, succédant à une, de quelques jours, de tristesse et de mutisme inexpliqué. Conduite à l'asile, cet

état maniaque dure huit jours ; les propos sont puérils, le désordre extrême ; puis, brusquement, la malade se met à gémir, à pleurer, sans donner de motifs ; elle refuse de se mouvoir, de manger, puis de parler ; phase de stupeur. Au bout d'une semaine, elle est gâteuse. Cet état se modifie cependant assez vite, mais fait place à des lamentations, des idées de mort, de négation d'organes ; la malade dit qu'elle n'a plus de bouche, ni d'estomac ; un peu plus tard, elle enfonce ses pouces dans ses yeux et les y maintient pendant des heures, disant qu'elle veut ainsi empêcher ses boyaux de sortir... Depuis quatre ans, elle ne se modifie plus, seulement de temps en temps, l'état catatonique est interrompu par un jour ou deux d'agitation motrice, d'impulsions à crier, à frapper. L'affaiblissement démentiel est incontestable depuis le début.

Plusieurs malades figurent sous la rubrique : hystérie délirante ou : délire hystérique. La lecture de leurs observations ne nous a pas donné toujours l'impression qu'il s'agissait vraiment de névroses ; ils ont d'ailleurs généralement évolué vers l'affaiblissement intellectuel, et il est permis de les ranger dans les démences précoces. Les deux seuls cas qui paraissent certains n'ont présenté que des réactions mélancoliques.

Enfin les épileptiques n'ont pas besoin d'être illustrés d'exemples ; lorsqu'ils délirent, leurs réactions sont tristes, aussi bien en Vendée que partout ailleurs.

Les paralytiques généraux sont, nous l'avons dit,

extrêmement rares ; dans le cours des sept années dont nous nous occupons, il n'en fut jamais admis plus de 2 à 4 par an. Mais ces malades, généralement euphoriques avec idées de grandeur puériles, présentent ici presque toujours des tendances hypocondriaques ou nettement de l'anxiété.

Obs. VIII. — *Paralysie générale, avec hypocondrie et réactions anxieuses.* — M... Paul, quarante-trois ans, gros commerçant, admis en 1912. Rien n'est signalé dans l'observation au point de vue des antécédents familiaux. A eu la syphilis à l'âge de vingt-cinq ans ; s'est soigné longtemps avec des pilules, a pris dú sirop de Gibert en quantité indéterminée ; n'a pas vu d'accidents depuis quinze ans. Récemment, s'est beaucoup surmené dans son commerce, a eu un inventaire difficile, des ennuis. Insomnie pendant un mois, amaigrissement, céphalée atroce; se soigne avec des douches, des spécialités fortifiantes (?) ; devient asthénique, triste, dégoûté de son commerce, dont il ne s'occupe presque pas, tout en disant qu'il va s'agrandir notablement. Il manifeste aussi de la frigidité sexuelle, contrastant avec sa vigueur antérieure. Enfin un soir, sans autre préambule, il fait une tentative de suicide par coup de revolver ; il se manque parce qu'il « tremblait », dit-il. On l'interne, avec le diagnostic : « troubles mentaux, mélancolie... » A l'asile, l'examen physique révèle de l'inégalité pupillaire, de l'achopement syllabique très net, des tremblements de la langue et des extrémités. Il a une courte période d'excitation (2 jours) due plutôt à des sentiments de révolte contre son internement, puis manifeste de véritables idées hypocondriaques ; il se

demande s'il n'est pas un grand coupable, s'il a vraiment été honnête dans son commerce, ne parle de sa syphilis qu'avec terreur et envisage à son sujet les pires conséquences, est obsédé de la crainte que ses organes ne fonctionnent plus... Bains prolongés, thérapeutique reconstituante, alitement. Le malade s'améliore lentement et sort au bout de 2 mois, en rémission. Il reprend son commerce sans grands accrocs pendant *trois ans*, puis redevient triste, aboulique, obsédé ; mais cette fois, ses instincts sexuels sont exubérants, et même déviés ; il recherche les petits garçons, fréquente une maison infâme où l'on en procure. Pas un seul moment, il ne manifeste d'idées expansives pendant une période de trois mois environ, où il se traîne lamentablement, ne parle qu'en bredouillant, urine parfois au lit, ou en public, et un beau jour, meurt subitement d'une attaque congestive. (?)

Après ces exemples, que nous rapportons pour que l'on puisse juger si nous avons raison, ou non, de classer dans les réactions dépressives, celles de 81 à 91 o/o des malades de l'asile de la Vendée, nous voudrions dire quelques mots de l'avenir des malades, guéris de leurs épisodes mélancoliques. Nous avons noté à plusieurs reprises un fait, que nous n'interpréterons pas, mais qui pourrait peut-être servir à élucider la nature véritable du psychisme vendéen, lorsqu'on aura des données plus étendues. Le cas suivant résumera ce fait.

Obs. IX. — *Mélancolie simple ménopausique, guérie ; changement notable du caractère après guérison, sans épi-*

sode maniaque. — Mme G... Marie, quarante-neuf ans, cultivatrice, admise en mai 1916.

Cette femme avait plusieurs fois consulté le médecin de l'Asile pendant les six mois précédents, pour de l'asthénie avec préoccupations hypocondriaques ; elle n'avait plus de volonté, plus de goût à rien, elle « redoutait de devenir folle » ; méfiante et ombrageuse, elle soupçonnait ses voisins de dire du mal d'elle, de la ridiculiser ; elle mangeait très peu, était constipée et s'anémiait rapidement. La menstruation avait cessé brusquement, deux mois avant le début des troubles. Traitement par des piqûres de cacodylate de soude et l'acide phosphorique à hautes doses. Amélioration assez rapide ; puis subitement, éclate un accès d'anxiété avec angoisse précordiale, idées noires, de culpabilité, de possession, de damnation, tentative de suicide ; internement.

A l'asile, anxiété et agitation motrice, lamentations incessantes, sitiophobie, pendant un mois. Après une série de bains prolongés, on reprend l'acide phosphorique ; la malade s'améliore lentement et sort dans un état que ses proches disaient voisin de la normale.

Pendant un an et demi, on la perd de vue ; puis le médecin reçoit une lettre du mari, dont voici le passage principal : « ... Depuis sa guérison, ma femme avait voulu changer de place ; nous sommes partit dans un petit village ; les gens qui y étaient ne se sont pas trouvé de la guerre aucunement, ils étaient eux d'un caractère bien gaies malgré la guerre, ils se réjouissez quand même. Alors, Messieurs, ma femme étant tous les jours en journée chez eux, elle a commencé à oublier l'ennui et le chagrin, elle est devenue à faire comme eux, elle aurait toujours voulu être en partie avec eux, enfin

elle est devenue aussi gaies comme elle était triste, mais elle allait trop loin, ça commencé par faire honte à sa mère et à sa sœur ; elles ont commencé par vouloir la retenir un peu et elle, ça ne lui plaisait pas, elle leur répondait qu'elle avait été trop malheureuse dans le chagrin, et qu'à présent en prenant de la gaîtée... qu'elle se trouvait si heureuse et de la laisser faire.. Moi aussi, j'ai voulu la retenir et la surveillée, mais ça l'a bouleversée ; moi, ce qui me le fait faire, c'est que j'ai soupçons qu'elle a des relations avec un jeune homme qui est dans le village ; j'en ai eu plusieurs échantillons, elle ne me dit pas que c'est vrai, mais moi je le crois et quand je lui dis quelque chose à ce sujet elle me répond : que je fasse le bien ou le mal, puisque ce que j'ai dans l'idée, il faut que je le fasse, je ne peux m'en retenir ou bien ça me dépite ; laissez-moi faire, puisqu'en me retenant, vous me tué. Alors, Messieurs, voyez si c'est pas malheureux... » Revue en consultation, la malade raconte confidentiellement au médecin, et très naturellement, qu'en effet elle a un amant, qu'elle cherche à s'amuser (en tout bien tout honneur) avec ses voisins, et qu'elle prend ainsi une revanche du temps où elle était triste.

Elle reconnaît très bien, sans qu'on le lui indique, qu'elle se conduit mal, elle en a le regret, mais ajoute que le bon Dieu lui pardonnera, en souvenir de ce qu'elle a souffert dans sa maladie. A part cela, elle fait son ménage et son travail sans le moindre accroc, s'occupe de ses enfants, tient sa maison propre ; elle ne manifeste aucune exubérance, parle sérieusement, raisonne et juge bien ; la mémoire est intacte ainsi que la conscience de son état. Récemment, on apprend que la situation se prolonge ; le mari s'est résolu, sagement

peut-être, à en prendre son parti, de peur de provoquer une « nouvelle mélancolie »……

Voici donc une femme, ménopausique, qui après un épisode de mélancolie à allure classique dont elle a guéri, fait montre d'un caractère qu'on ne lui avait jamais connu ; elle recherche le plaisir sous toutes ses formes, sacrifiant l'honneur conjugal sciemment et délibérément, pour rattraper le temps perdu, selon son expression. Chez elle, elle est gaie, fait son travail exactement, aime et choye ses enfants, son mari même ; elle ne présente en somme aucun signe d'excitation maniaque. On ne peut pas non plus parler de nymphomanie ; cette femme n'est pas une Messaline, elle recherche toutes les distractions, et non seulement les sexuelles. Elle raisonne son état, le déplore peut-être, mais se croit incapable de le modifier ; elle ne cherche d'ailleurs pas à s'amender, persuadée que toute privation la replongerait dans la mélancolie...

Nous ne saurions faire que des hypothèses pour expliquer ce fait et en tirer des conséquences ; nous n'en émettrons aucune ici, ne nous estimant pas assez qualifié. Mais comme le docteur Coulonjou nous a dit avoir au moins trois observations semblables, on peut espérer qu'il sera possible un jour de les utiliser pour une analyse plus intime du fond psychique spécial du Vendéen.

Il résulte des considérations et observations pré-

cédentes, que les 8/10 ou les 9/10 des maladies mentales traitées à l'Asile de la Vendée sont des mélancolies, ou d'autres affections dont le caractère principal, le symptôme dominant, est la dépression, l'hypocondrie, ou l'anxiété. Nous espérons l'avoir prouvé, en rapportant des cas types des maladies que nous faisons figurer dans nos pourcentages.

Quelle est la raison d'une telle abondance de formes dépressives?

En l'absence de données anatomo-pathologiques, dans l'incertitude où nous sommes de la pathogénie des psychoses en général, nous ne pouvions nous adresser qu'à l'étiologie.

Or, l'examen des causes qui interviennent habituellement dans la genèse des maladies mentales nous conduit à considérer avant tout celles que l'on a appelé les causes indirectes ou prédisposantes. Tout le monde est d'accord pour attribuer à la *prédisposition* un rang primordial, en psychiâtrie. En attendant de pouvoir édifier solidement des conceptions nosologiques, l'étude du terrain sur lequel évoluent les affections mentales doit rester notre préoccupation principale. D'ailleurs, nous chercherions en vain, dans la question qui nous occupe, une explication du côté des causes directes, déterminantes ou occasionnelles; elles ne donnent lieu, en Vendée, à aucune remarque spéciale.

Mais, invoquer une *prédisposition*, admettre l'existence d'un *terrain*, cela ne veut pas dire que l'on se propose de classer les affections mentales dans la

vaste classe des *dégénérescences*. Il importe, croyons-nous, de réserver cette rubrique, soit, comme Régis, aux psychopathies-infirmités, par opposition aux psychopathies-maladies, ou psychoses, soit, comme Krafft-Ebing, aux dégénérescences psychiques, par opposition aux psychonévroses. Psychoses ou psychonévroses, au sens de ces auteurs, évoluent chez des sujets non prédisposés. Faudrait-il donc, si nous rencontrons, chez les individus dont nous nous occupons, une constitution psychopathique, les ranger parmi les dégénérés ? Ce serait un abus, et une confusion. Les dégénérés sont bien caractérisés par l'existence d'une constitution psychopathique, mais aussi et surtout par des stigmates, physiques et psychiques, qui eux-mêmes ne valent que par leur groupement. Or, nous ne trouvons pas, en Vendée, une proportion notable de dégénérés ainsi entendus ; c'est surtout chez les habitants du Marais, les Maraichins, que l'on note la fréquence des stigmates, peut-être en raison de l'usage banal des mariages consanguins, mais l'habitant du Bocage n'est nullement suspect à ce point de vue ; il est sain et bien conservé. Les uns et les autres apportent cependant le même tribut aux formes dépressives d'aliénation mentale.

Nous ne saurions en tout cas parler ici, à l'exemple de Freud, « d'accumulation de la tension génésique provoquée par l'abstinence ou l'irritation fruste » et lui assigner une influence sur l'éclosion des syn-

dromes anxieux : le Vendéen ne se fait point remarquer par cette abstinence.

Dans sa leçon inaugurale sur « les déséquilibres constitutionnels du système nerveux » (janvier 1919), M. le professeur E. Dupré disait que « le domaine de la psychiâtrie est celui où apparaît établie en fait et non en hypothèse, et fondée sur l'objectivité, la conception des diathèses constitutionnelles et des tempéraments morbides ». Pourquoi ne parlerait-on de prédisposition que chez les dégénérés? Est-il possible de rendre compte du fait qu'une même émotion fait éclore une psychose chez un individu, tandis qu'elle laisse l'autre indemne, sans faire intervenir la notion de tempérament ou de prédisposition? Il nous semble que, du moins dans des cas comme ceux que nous rapportons, les psychoses dont il s'agit pourraient bien être de *nature constitutionnelle ;* elles se rencontrent sous la même forme chez un grand nombre de malades d'une même région ; cette région est un centre anthropologique habité par une race qui se conserve ; enfin, outre ces psychoses mélancoliques, nous observons, au cours des autres affections mentales, le même syndrome anxieux ou mélancolique.

La conception des « constitutions morbides » de M. le professeur E. Dupré, nous semble éclairer d'un jour très satisfaisant nos constatations cliniques. Sous le nom de « constitution émotive », il isolait en 1909 (Soc. de Neurol. et de Psychiâtrie) « un mode particulier de déséquilibre du système

nerveux, caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité générale, sensorielle et psychique, par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent ». Il la distinguait des constitutions hystérique, neurasthénique et paranoïaque. Dans le même sens, le professeur Raymond émettait l'opinion (même réunion) que « parfois, l'émotivité peut être considérée comme congénitale ». Et M. Dupré disait : « Je crois que la constitution émotive est le terrain sur lequel se développent les syndromes mélancoliques et maniaque ; la constitution cyclothymique est une variété de la constitution émotive. » Plus loin, enfin : « J'affirme, comme tous les aliénistes, qu'il existe une foule de malades chez lesquels l'éclosion plus ou moins périodique des accès d'excitation ou de dépression échappe à toute cause occasionnelle saisissable et n'est déterminé, que par les lois de leur constitution psychopathique. »

Dans un article sur le « Rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales » (*Journ. de Psychol.*, mars, avril 1913), Séglas et Barat admettent que « la prédisposition intervient quand il y a disproportion manifeste au point de vue de la durée et de l'intensité entre les troubles produits par un choc émotif déterminé et ceux que le même choc détermine habituellement chez la majorité des sujets normaux. Il nous semble, disent-ils, que la « constitu-

tion émotive » décrite par M. Dupré, correspond en partie à ce type de prédisposition héréditaire qui n'intervient qu'en exagérant l'intensité et la durée des symptômes émotionnels banaux. C'est donc sur ce fonds constitutionnel que se développent, à l'occasion du choc nerveux, une série de syndromes de gravité et de durée variables, depuis l'émotion normale jusqu'aux états de déchéance chronique, en passant par les émotions pathologiques et les psychoses émotives aiguës ».

Si nous nous reportons à la genèse du délire mélancolique, ou des réactions anxieuses de la plupart de nos malades vendéens, nous constatons précisément qu'il y a une disproportion manifeste entre les troubles produits chez eux par un choc émotif et ceux que ce choc aurait dû déterminer chez des individus normaux ; nous sommes amenés à invoquer une prédisposition. Cette prédisposition n'est certainement pas acquise, rien ne permet de le supposer. Elle ne peut donc qu'être héréditaire, ou plutôt familiale ; mais comme elle se retrouve chez la plupart des aliénés de cette contrée, elle est quelque chose de plus : elle tient évidemment à la race, elle est *ethnique*.

Mais, nous l'avons vu, c'est toujours, ou presque toujours (81 à 91 o/o des cas) par des troubles anxieux ou mélancoliques que se caractérisent les affections mentales de nos Vendéens : il faut donc invoquer une prédisposition spéciale, la constitution émotive ne comportant pas la signification de mé-

lancolie. Par contre la constitution « anxieuse » telle que l'ont décrite Devaux et Logre, nous semble pouvoir s'appliquer à l'interprétation de tous nos faits cliniques.

Devaux et Logre (*les Anxieux*), sous le nom de « constitution anxieuse » isolent une variété clinique de la constitution émotive de E. Dupré. Ils expriment, par ce terme, « un déséquilibre affectif qui se traduit chez certains sujets par une aptitude anormale aux réactions anxieuses. Cette prédisposition reste parfois entièrement latente, jusqu'à l'apparition d'un épisode morbide qui le révèle (paroxysme anxieux, soit spontané, soit provoqué par le traumatisme physique ou moral, le surmenage, les infections..., etc.). Cependant, dans la vie ordinaire du sujet, une observation attentive peut mettre en évidence le fonds mental et le substratum organique, en un mot, le terrain psychosomatique sur lequel se développe électivement l'anxiété morbide ». Et ils décrivent les symptômes physiques et psychiques de cette constitution, qui se résument ainsi :

1° *Physiques* : angoisse; dysphagie avec « boule » épigastrique, spasme et anti-péristaltisme, aérophagie ; bégayement, balbutiement, par constriction et angoisse respiratoire ; angoisse cardiaque et précordialgie ; spasmes de l'appareil vésical et de l'appareil génital, coliques utérines, dysménorrhée, hyperesthésie et spermatorrhée chez l'homme ; synergies viscérales, l'émotivité anxieuse se répercutant d'un appareil sur l'autre.

2° *Psychiques* : se ramènent à la prédominance habituelle de l'anxiété, avec insécurité, doute, irrésolution (les trois éléments dans lesquels se résout l'anxiété, pour les auteurs). Cette anxiété pathologique se distingue de l'anxiété normale, mais se relie à elle par une série de termes intermédiaires : l'anxiété normale reste proportionnée à son objet, elle constitue un moyen d'action, un stimulant, est passagère, elle fait disparaître le doute au lieu de le prolonger ; l'anxieux constitutionnel, au contraire, va au-devant de l'anxiété, et il en est torturé ; celle-ci est disproportionnée, s'émeut de dangers insignifiants ou lointains, est souvent sans motifs, antérieure à la représentation du danger ; elle est essentielle et primitive. « Ce qui est anormal et pathologique, ce n'est donc pas d'éprouver occasionnellement de l'anxiété, c'est d'être un anxieux, c'est de présenter, en même temps que des stigmates physiques déjà indiqués, l'ensemble plus ou moins complet des stigmates psychiques » qui, eux aussi, n'ont de valeur que par leur groupement. « Ils sont variables d'un moment à l'autre et peuvent s'associer à des éléments d'euphorie et d'optimisme, qui les corrigent et les tempèrent, avec ou sans coïncidence de constitution cyclothymique. Il s'agit alors d'anxieux mitigés qui sont aussi des anormaux. » On note un fonds mental d'insécurité, de disposition pantophobique, qui s'exerce et s'épanche à vide à propos de tout et de rien, sous forme d'inquiétude essentielle, primitive et diffuse. L'anxieux sursaute

au moindre bruit, s'alarme, se désespère pour des futilités ; l'alerte la plus insignifiante le laisse haletant et oppressé, lui fait battre le cœur ou le serre à la gorge. Hanté de sombres pressentiments, il dit : « Je l'avais bien prédit, » lorsqu'un événement se réalise parmi le nombre immense de ceux qu'il appréhende. Pour lui, le possible, l'avenir, le nouveau, c'est le danger, la menace, la catastrophe. Le hasard lui est une sorte de divinité contraire, il est pessimiste, croit à la deveine, qu'il fait naître souvent par sa réaction même, et ses déceptions, ses alarmes. Sa sensibilité n'est accordée que pour vibrer à des impressions douloureuses. Il a un sentiment d'incapacité, d'impuissance, s'accuse volontiers de manquer de force, d'énergie. Il se montre, dans ses relations, humble, effacé, timide, malgré un orgueil parfois grand. Le regard humain fixé sur lui, le gêne, le paralyse. Il a souvent le goût des choses tristes, aime les couleurs noires, les récits émouvants, les drames. Il s'absorbe dans la méditation de la mort « malgré son horreur d'elle ». Certains aiment le macabre, le lugubre. Il est souvent hanté par l'idée du suicide ; il s'inquiète de sa santé à tout propos ; il est pusillanime ; ses troubles cénesthésiques servent de prétexte à cette inquiétude; pour des palpitations, de la toux, il se croit cardiaque, tuberculeux. Il lit, avec avidité, les réclames de journaux, sur les produits pharmaceutiques (se confie volontiers aux sorciers). Toute affection physique réelle, le rend hypocondriaque. Il est insomnique, par crainte de ne pas

dormir, a des douleurs d'habitude (suggestibilité d'ordre émotif, distincte de celle des hystériques, d'ordre imaginatif). Il en arrive à concevoir des idées fixes, d'incapacité fonctionnelle, et devient un faux gastropathe, un faux urinaire, un faux génital, etc...

Tout chagrin légitime, la perte d'un parent, un échec, éveille, dans son affectivité, une résonnance douloureuse, anormalement vive et prolongée. Il dépérit, songe à se tuer, a de l'ictère émotif ou des éruptions diverses. Il devient neurasthénique et confus. Il a souvent la piété des anniversaires pénibles, il avive le chagrin par le souvenir, il a une aptitude remarquable aux associations par contrastes, tirant de la gaieté présente, le prétexte même de l'inquiétude. Une voix intérieure lui prophétise le mal, dit « non » à toutes ses joies, à ses espoirs. Dans quelques occasions, lorsque l'anxiété vient à être rassurée et soulagée, il manifeste une joie exubérante, une sorte de détente de son émotivité morbide avec sentiment passager de satisfaction (voir plus haut notre dernière observation d'une ancienne mélancolique, devenue et restée euphorique, sans délire. Dans l'ordre intellectuel, l'anxieux est, avant tout, un indécis, un douteur. S'il est intelligent, il fait de l'auto-analyse, mais n'a pas le sens du réel, c'est un rêveur. Dans l'existence pratique, il est hésitant, perplexe, indécis, incapable d'assumer des responsabilités. Dans le domaine moral, cet état d'esprit aboutit au scrupule, au remords. Le religieux se confesse sans répit, puis se plaint d'avoir

fait une confession insuffisante, d'où de nouveaux cas de conscience. Le sentiment de la personnalité enfin est quelquefois atteint : le sujet se demande s'il est bien lui-même, s'il n'est pas double, s'il n'a pas déjà vécu ailleurs.

Nous avons reproduit, presque textuellement, cette longue liste de stigmates, établie par Devaux et Logre, parce que nous n'y voyons vraiment rien à modifier. Nous ne saurions mieux faire le portrait de la plupart de nos malades, *avant leur maladie mentale*. Toutes les fois que nous avons pu nous faire donner des détails précis sur leurs antécédents personnels, leur vie antérieure, nous avons constaté l'existence d'un grand nombre de ces stigmates. En outre, dans leur entourage familial, il arrive très souvent qu'on rencontre des frères, des sœurs, des parents, qui, sans avoir encore jamais présenté des troubles mentaux, sont affligés de nombreux stigmates physiques ou psychiques de cette constitution. Nous dirons même, autorisé par notre connaissance très ancienne du Vendéen, que beaucoup de normaux dans la famille desquels on ne trouve point d'aliénés, portent le cachet anxieux et pourraient être rangés sans doute dans les constitutionnels que nous étudions.

Le docteur Coulonjou a constaté d'une façon habituelle, chez des malades qui n'étaient que sur les confins de la folie et qu'il voyait en consultation, l'existence d'une quantité de ces stigmates. Et enfin, est-ce que les historiens et les auteurs dont nous avons mentionné les études sur le caractère vendéen,

n'ont pas constamment parlé de tristesse habituelle, d'inquiétude non motivée, de tendances au doute, au scrupule, de peur des responsabilités ?

Il ne nous semble pas douteux que la constitution anxieuse telle quelle est présentée dans le travail de Devaux et Logre, doit être considérée comme le trait caractéristique du plus grand nombre des aliénés de la Vendée avant l'éclosion de leur maladie. Elle fait partie de leurs antécédents personnels et parfois familiaux.

Nous aurions donc à faire à une constitution morbide d'essence ethnique; elle cadre avec les opinions des auteurs non médecins ; elle s'explique par la persistance, chez le Vendéen, de tous ses caractères de race ; et, à ce titre, elle ne doit pas être regardée comme un stigmate de dégénérescence. Dans le cas qui nous occupe, nous ne saurions, en effet, nous ranger à l'opinion soutenue par Lalanne dans son rapport sur les Etats anxieux au Congrès de Grenoble. Cet auteur disait : « Nous savons que l'état affectif, l'affectivité, constitue l'individualité humaine avant l'apparition du « moi », et même celle d'autres êtres vivants. Là est la source de nos *émotions*, car tout ce qui touche notre affectivité, touche notre sensibilité morale. Plus nous nous élevons vers les régions intellectuelles, plus nous nous éloignons de l'état affectif ; les émotions supérieures (esthétiques, intellectuelles) comportent à peine d'affectivité. « D'autre part nous nous rapprochons de cet état affectif chaque fois que notre nature intellectuelle

se dégrade. Et c'est peut-être au nom des lois de l'atavisme que nous voyons cet état affectif, qui fut pendant de longues périodes de temps, l'unique mode de notre individualité, reparaître chez les dégénérés avec la tendance innée à l'émotivité, source de l'anxiété et de l'angoisse. »

Nous estimons qu'il y a, au moins, une exception à cette règle, car nous ne voyons pas bien pourquoi nous nous éloignerions de l'état affectif primitif, toutes les fois que nous nous élevons en intelligence, ni pourquoi les émotions supérieures ne comporteraient pas d'affectivité ?

Nous préférons adopter la façon de voir de Régis, qui, nous paraît mieux cadrer avec ce que nous savons du Vendéen. Régis disait, lors de la discussion sur l'Emotion, devant les Sociétés de Neurologie et Psychiâtrie réunies, en décembre 1909 : « L'hyperémotivité constitutionnelle est bien un mode de déséquilibration psychique, la déséquilibration émotive, susceptible de s'associer *ou non* à la déséquilibration intellectuelle ; mais je ne crois pas que cette hypérémotivité soit un signe d'infériorité psychique, de dégénérescence, se liant fréquemment à l'infériorité intellectuelle, à la dégénérescence mentale. Sans aller jusqu'au paradoxe, j'oserais presque dire que, d'une façon générale, les névropathes et les délirants les plus émotifs sont aussi les moins dégénérés, sinon les plus intelligents. »

Le Vendéen, généralement affligé d'une constitution psychopathique, émotive, anxieuse ou mélanco-

lique, n'est-il pas en effet doué d'une intelligence ouverte, parfois supérieure, nullement dégénérée ? n'est-il pas un agriculteur brillant ? nulle part la terre ne produit ce qu'elle donne en Vendée ; un travailleur infatigable ? nul autre cultivateur ne fouille la terre comme lui, et nous estimons que Bazin aurait mieux choisi toute autre région pour le tableau de sa *Terre qui meurt*. Dans l'ordre de la pensée, la Vendée, bien que manquant de centres intellectuels, a produit des noms aussi illustres que d'autres départements. Enfin, lorsqu'il a fallu défendre la France envahie, le Vendéen ne s'est-il pas montré parmi les plus courageux ? Son histoire dans cette guerre suffirait à prouver qu'il n'est pas un dégénéré, malgré sa « constitution psychopathique ».

CHAPITRE IV

Conclusions

I. — En Vendée, la plupart des maladies mentales revêtent une forme dépressive, mélancolique et anxieuse.

Le pourcentage de ces formes tristes, pendant les sept dernières années, oscille entre 81,7 et 91,3 o/o.

Inversement, les réactions maniaques sont d'observation beaucoup plus rare.

II. — La Vendée est une région spéciale, de race et de population homogènes, dont les caractères sont demeurés identiques depuis fort longtemps.

Les historiens, les ethnographes, les romanciers, ont toujours signalé la tristesse comme un des caractères les plus constants de la psychologie vendéenne.

La tristesse des habitants de l'Ile-d'Yeu, d'ailleurs proverbiale, est entretenue par l'isolement et l'extrême rareté des communications de cette île avec le continent.

La tristesse apparaît donc comme un caractère prédominant de la mentalité vendéenne.

III. — Nous serions tentés d'admettre l'existence, chez beaucoup de Vendéens, d'une sorte de constitution avec tendance aux réactions mélancoliques et anxieuses.

C'est cette constitution qui explique la fréquence des états dépressifs chez nos compatriotes.

Cette constitution influence, dans le sens mélancolique et anxieux, les états psychopathiques accidentels.

Ainsi se vérifie l'intérêt en Psychiâtrie, de l'étude des constitutions morbides, selon la conception du professeur Dupré.

IV. — Malgré ces tendances constitutionnelles à la dépression affective, la psychologie vendéenne est riche de qualités d'endurance et de foi, qui lui ont toujours assuré, dans le concert des races qui composent la France, une place de premier ordre.

Vu : le Président de la thèse,
DUPRÉ

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Arnaud. — L'anarchie en Psychiâtrie. Discours d'ouverture du Congrès des aliénistes et neurologistes, Le Puy, 1913.

Baudoin (*Marcel*). — L'hystérie en Vendée (Progrès médical, 1895, n° 37, p. 168).

— Le maraîchinage, (4e édit. 1917).

— Qu'est-ce que la Vendée (Le Vendéen de Paris, juillet, 1908).

Bodin. — Mémoires de la Société des antiquaires de France (t. III, p. 230).

Bujeaud (*Jérôme*). — Chants et chansons populaires de l'ouest. Niort, 1895. 2 vol. in-8.

Bazin (*René*). — La terre qui meurt, 1900.

Cavoleau et de la Fontenelle de Vaudoré. — Statistique ou description générale du département de la Vendée. Fontenay et Paris, 1844.

Capgras. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile (Thèse de Paris, 1900).

Cullerre. — Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux (Ann. Méd. Psy., 1884).

Cotard. — Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse (Arch. de Neur., 1884, n° 21).

Coulonjou. — Rapport médical au Conseil général du départemental de la Vendée (1916, p. 357).

Déjerine et Gauckler. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, Paris, Masson, 1911.

Dupré (E.). — La constitution émotive (Paris médical, oct. 1911).

— Rapport aux Soc. de Neurologie et de Psychiâtrie réunies, décembre 1909.

Devaux et Logre. — Les Anxieux (préf. de E. Dupré). Paris, 1917.

Dufour: — Histoire générale du Poitou. (Bibl. municip. de Nantes).

Féré. — Pathologie des émotions. Paris, Alcan, 1912.

Fontenelle de Vaudore (de la) — Recherches sur les peuples qui habitaient le Nord de l'ancien Poitou sur la Loire et la mer lors de la conquête des Romains et de l'introduction du christianisme. (Bibl. municip. de la Roche-sur-Yon).

J. de la Haye. — Origine des Poitevins. (Bibl. municip. de Nantes).

Grimaud. — Chants du Bocage vendéen. Niort, 1869.

Hesnard. — Les troubles de la personnalité, dans les états d'asthénie psychique. Thèse Bordeaux, 1909.

Lalanne (Gaston). — Les états anxieux dans les maladies mentales (Rapport au Congrès d'aliénistes et neurologistes de France, Grenoble, 1902).

Lagneau. — In Dictionnaire Dechambre. (4e série, T. IV, p. 793).

Magnan et Legrain. — Les dégénérés. (Bibl. Charcot, Debove. Paris, Rueff, 1895).

Marie. — Traité de Psychologie pathologique. Paris, 1912.

Morel. — Le délire émotif (Arch. générales de Médecine 1866).

Pitre et Régis. — Les obsessions et les impulsions. Paris, Doin, 1902.

Régis. — Précis de Psychiâtrie. Edition Doin, 1906.

Régis et Hesnard. — La doctrine de Freud (Encéphale, 1913).

Renan (Ernest). — Poésie des races celtiques (In Essai de Morale et de Critique, 1859).

Robin. — Chansons de Vendée. Nantes, 1901.

Sergi. — Les émotions (Bibl. du Dr Toulouse, Doin, 1902).

Seglas et Barat. — Le rôle de l'émotion dans l'étiologie des maladies mentales (Journal de Psych. normale et pathologique, mars-avril 1913).

Seglas. — Délire des négations (Encycl. des aide-mémoires. Paris, Masson, 1895).

Soreau. — Vieilles chansons du pays Nantais, 1901.

Terrien. — L'Hystérie et la Neurasthénie en Vendée. 1 vol., 1906.

Toulouse et Roubinovitch. — La mélancolie. Paris, Masson, 1897.

Trébucq. — La chanson populaire en Vendée. Paris, 1895.

Wismes (Olivier de). — La Vendée. (Bibl. municip. de Nantes, sans non d'éditeur .

Consulter également : Les Mémoires d'un officier supérieur, ayant habité la Vendée avant les troubles. Paris, Fontenay, 1825.

Consulter les leçons cliniques de Magnan, Seglas, Deny (la Cyclothymie) et Kræpelin (trad. Devaux et Merklen, préface de E. Dupré).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — Exposé du sujet. « Les Constitutions morbides ». 11

CHAPITRE II. — Psychisme normal du Vendéen. 22

CHAPITRE III. — Psychisme pathologique du Vendéen. 35

CHAPITRE IV. — Conclusions 69

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 71

Imp. de la Librairie A. Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. - 5027-19